



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2545 - Doctor, mi mujer se ha vuelto loca

M.J. Serrano Gil^a, A. Mercado Bayona^b, M. Ramón Montánchez^a, M.Á. Viñas Gimeno^a, M.Ll. Viciano Fabregat^a, Á. García González^c y E. Tórtola^d

^aMédico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuente de San Luis. Valencia.

^bMédico Interno Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuente San Luis. Valencia. ^dMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 30 años que es traída por familiares a consulta de atención primaria por presentar de manera brusca cuadro de desorientación, comportamiento extraño y alteraciones de la conducta presentado incluso alucinaciones visuales y auditivas. Irritabilidad y agresividad. La paciente niega esta sintomatología. La semana previa cuadro de gastroenteritis ya resuelto persistiendo febrícula días previos e irritabilidad. No clínica infecciosa preguntada por aparatos. No cuadros previos similares. Como antecedentes de interés pielonefritis hace 6 años.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta apirética con constantes estables. Abdomen doloroso a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral dudosa. Exploración neurológica: Consciente y orientada con tendencia al sueño. Con ligera inestabilidad a la marcha. A su llegada a urgencias progresivo deterioro del nivel de conciencia Glasgow 8 (O2 V2 M4). En analítica aumento de reactantes de fase aguda, leucocitosis con neutrofilia y deterioro de función renal. Radiografía de tórax normal, orina E. coli, tóxicos en orina negativos, TAC craneal sin alteraciones. Punción lumbar líquido aspecto claro y transparente sin hallazgos patológicos. Ecografía renal con discreta prominencia del urotelio de pelvis renal derecha en probable relación con pielouretritis.

Juicio clínico: Sepsis de origen urinario. Fracaso renal agudo.

Diagnóstico diferencial: Trastorno psiquiátrico, intoxicación, trastorno metabólico, accidente cerebrovascular, tumor cerebral, hemorragia cerebral, meningococcal meningitis o meningitis y sepsis.

Comentario final: Ante el deterioro tras brusco del nivel de conciencia y alteraciones analíticas se administra previa a la punción lumbar Aciclovir 750 mg, 2 g ampicilina, ceftriaxona 2 g, antieméticos y antipiréticos presentando mejoría clínica progresiva. Tras descartar meningococcal meningitis pasa a cargo de cuidados intensivos por sepsis de origen urinario. Se completa antibioterapia con ceftriaxona y gentamicina. Tras 5 días de ingreso y buena evolución es dada de alta con cefuroxima 500/12 horas 10 días. Expongo este caso por la atípica forma de presentación de una sepsis urinaria en paciente joven, forma más frecuente en el paciente anciano con predominio de alteraciones

neurológicas. Y resaltar la importancia de hacer un diagnóstico temprano e iniciar una antibioterapia empírica precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de diagnóstico y terapéutica médica 12 octubre. 7ª edición, 2013.
2. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, 2013.